

(Travail de la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur SANTY)

Le syndrome de sténose dans les ulcères de la 1^{re} portion du duodénum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CELLIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé

Né le 13 Février 1918, à LAOKAY (Tonkin)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

**LE SYNDROME DE STENOSE DANS LES ULCÈRES
DE LA PREMIÈRE PORTION DU DUODENUM**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

(Travail de la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur SANTY)

Le syndrome de sténose dans les ulcères de la 1^{re} portion du duodénum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CELLIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé

Né le 13 Février 1918, à LAOKAY (Tonkin)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. HUGOUNENQ, PIC, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,
NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET, BERARD, COURMONT,
GUIART, PIERY, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	RHENTER.
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT.
Chimie biologique et médicale	X.
Chimie organique et Toxicologie	FONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	DECHAUME.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J.-F.
Médecine légale	RO HET.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	GATE.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	MM. NOEL.
Chargé d'un cours d'Anatomie	GABRIELLE.
Chargé d'un cours de Toxicologie	CHAMBON.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
REVOL	CROIZAT	LEVRAT	PIFFAULT
ENSELME	DELORE	BANSSILLON	FROMENT (R.)
SEDALLIAN	JOSSERAND	MALLET-GUY	MARTIN (P.-E.)
CREYSSEL	MORIN	ROMAN	MOUNIER-KUHN
DE ROUGEMONT	BERTRAND	PEYCELON	BROUSSY
P. RAVAUULT	CLAVEL	PIGEAUD	JOURDAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SANTY, *président*; GARIN, *assesseurs*
MALLET-GUY et PEYCELON

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR PAUL SANTY

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Il nous a inspiré ce travail et nous a constamment guidé au cours de son élaboration. Il nous a fait le très grand honneur d'accepter de présider notre jury de thèse.

Toute notre gratitude et toute notre reconnaissance lui sont acquises.

A NOS JUGES

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HUTINEL

Moniteur de Clinique Chirurgicale

Son aide et ses conseils nous ont été d'un grand secours. Nous l'en remercions vivement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR CHAUMET
Directeur de l'Ecole du Service de Santé

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MES CHEFS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

AU DOCTEUR G. DEBUCQUET

En souvenir de dix années d'études
et d'aspirations communes, qui ont fait
de lui mon meilleur ami.

LE SYNDROME DE STÉNOSE DANS LES ULCÈRES DE LA PREMIÈRE PORTION DU DUODENUM

INTRODUCTION

Tous les ulcères gastroduodénaux, quel que soit leur siège, sont susceptibles, au cours de leur évolution, de se compliquer de sténose. L'ulcère du duodénum n'échappe pas à cette règle.

Cependant, il a été classique, pendant de longues années, de distinguer l'ulcère duodénopylorique qui emprunte sa symptomatologie à son voisinage avec le pylore et l'ulcère duodéal pur, dit de Bucquoy, qui n'a aucun retentissement sur ce sphincter.

De nombreuses critiques ont été formulées à l'égard de cette distinction un peu trop schématique. Bucquoy, lui-même, reconnaît dans son mémoire, qu'il peut exister des sténoses organiques, du pylore ou du bulbe, et des sténoses spasmodiques par ulcère duodéal.

Certains auteurs comme Gutmann, ont alors proposé d'abandonner ce terme d'ulcère duodénopylorique, qui ne représente qu'un diagnostic « d'à peu près ». « L'ulcère est duodéal ou il est gastrique » écrit Gutmann.

Nous croyons cependant qu'il y a lieu de faire une différence suivant que l'ulcère est situé près ou loin du pylore, au même titre que, pour l'ulcère de l'estomac, on distingue celui de la petite courbure et celui de la région prépylorique.

Cette différence, bien que moins nette sur le plan clinique, semble s'affirmer, comme nous allons le voir, en ce qui concerne le siège, la nature, la fréquence et les caractères radiologiques de la sténose qui en résulte.

C'est, en effet, cette étude de la sténose par ulcère du duodénum que nous avons l'intention d'entreprendre dans ce travail.

Nous avons limité notre sujet aux ulcères de la première portion, car les ulcères, plus bas situés sur le duodénum, sont relativement rares.

Nous étudierons donc tout d'abord de quelle manière l'ulcère réalise le rétrécissement, en fonction de sa situation.

Nous essayerons ensuite, brièvement, de donner un aperçu clinique sur les diverses formes de sténoses réalisées, puis nous chercherons à en dégager les caractères radiologiques.

L'intérêt de cette étude se justifiera dans notre dernier chapitre où nous envisagerons quelles indications particulières comporte, du fait de cette complication, le traitement des ulcères duodénaux sténosants.

Nous rapportons dans ce travail trente et une observations originales, recueillies à la clinique chirurgicale de M. le Professeur Santy, que seules nous ferons entrer dans notre chapitre de statistique, et quelques observations de malades personnels que M. le Professeur Santy a eu la bonté de nous permettre de publier.

ETUDE ANATOMIQUE

Nous distinguerons donc l'ulcère duodénal juxtapylorique et l'ulcère du bulbe, situé à une certaine distance du pylore.

1. — Ulcère juxtapylorique

Il retentit rapidement sur le fonctionnement de ce sphincter, ce retentissement pouvant avoir soit une action paradoxale aboutissant à l'évacuation rapide du contenu gastrique avec hyperkinésie (syndrome de Barklay), soit une action réflexe spasmodique s'accompagnant de contracture sphinctérienne et de retard à l'évacuation.

Pour les auteurs anglais et américains, Moynihan et les frères Mayo en particulier, l'ulcère du duodénum n'entraîne pas de spasme du pylore. F. Ramond reconnaît le fait pour exact dans la majorité des cas, mais il est, dit-il, des ulcères duodénaux producteurs de spasme : l'ulcère douloureux et l'ulcère sténosant.

C. Saloz et G. Moppert, étudiant le transit gastrique dans les ulcères gastro-duodénaux, trouvent un retard d'évacuation dans 27 % des cas d'ulcères duodénaux.

Il est classique de dire que le spasme pylorique est précoce dans l'ulcère duodénal juxtapylorique et tardif dans l'ulcère duodénal vrai, où il succède à une période d'évacuation accélérée au début, avec hyperkinésie gastrique, ouvertures fréquentes, parfois béance du pylore. Dans les deux cas l'évacuation globale est retardée.

Mathieu et Kreusfuchs expliquent ainsi le relâchement du sphincter : l'hypersécrétion alcaline du duodénum neutralise l'acidité du chyme gastrique et supprime le réflexe pylorique. Le spasme survient ensuite par hypersécrétion gastrique secon-

daire, ou bien, selon Piergrossi, par suite de l'action des aliments sur les filets nerveux de la sous-muqueuse, mis à nu au niveau de l'ulcère.

Si le spasme pylorique existe, dans l'ulcère non compliqué, à l'état pur, il se surajoute souvent, par la suite, à la sténose organique du pylore, lorsque celle-ci s'est constituée.

L'ulcère duodénopylorique, en effet, au bout d'un temps plus ou moins long, peut aboutir à une déformation progressive du canal pylorique. Il est le siège de poussées inflammatoires locales qui, par œdème périulcéreux, entraînent une gêne mécanique transitoire. La répétition des poussées finit par aboutir progressivement à l'induration des parois et la gêne devient définitive. C'est ce que Boas et Manöel de Abreu ont décrit sous le nom de Pylorite sténosante. Gutmann et Jahiel ont montré qu'il existe, en plus, des phénomènes inflammatoires plus lointains agissant sur les parois gastriques pour les « parésier », d'après le principe de la loi de Stokes.

L'ulcère pourra évoluer de façon différente. Sa transformation en ulcère calleux est rare à ce niveau, et sa dégénérescence néoplasique est exceptionnelle, mais la rétraction cicatricielle est une cause fréquente de sténose organique du pylore. Signalons, comme autre cause plus rare, la périduodénite ulcéreuse dont le rôle est plus important comme nous allons le voir dans la sténose du bulbe.

L'ulcère duodénal juxtapylorique, par sa situation orificielle, peut donc avoir une action rapide et marquée sur le canal pylorique. Cela lui confère une physionomie particulière, qui explique que certains auteurs lui aient accordé une individualité clinique en l'opposant à l'ulcère duodénal vrai que nous allons étudier maintenant.

2. — Ulcère du bulbe

Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long de son évolution que cet ulcère influencera le jeu du pylore, d'une manière analogue à celle que nous avons étudiée pour l'ulcère juxtapylorique, par action réflexe. Mais le spasme ne siègera pas forcément sur le pylore, on pourra l'observer sur le bulbe

et la deuxième portion ou même la troisième portion du duodénum.

Si la plupart des auteurs admettent l'existence d'une sténose pylorique vraie par ulcère du bulbe, l'existence d'une sténose bulbaire est plus discutée.

Certains auteurs, en effet, considèrent que, malgré les déformations marquées que l'ulcère imprime, à la longue, au bulbe duodénal, ces déformations ne sont pas sténosantes et n'entraînent pas de stase gastrique.

C'est l'opinion de Duval, Roux et Beclère qui admettent que, bien que radiologiquement le calibre du duodénum paraisse plus ou moins rétréci, réduit parfois à un simple filet, il n'y a pas de sténose vraie, puisque le passage dans le sommet du bulbe ou de la deuxième portion du duodénum se fait régulièrement et que l'estomac se vide normalement. Duval ajoute même : « Cette biloculation radiologique ne correspond pas à une biloculation anatomique puisque, à l'opération, ce bulbe si hautement déformé ne se présente ni rétréci, ni encoché et que la lésion pariétale est parfois minime ». Il conclut : « La sténose vraie du bulbe, analogue à la sténose cicatricielle médio-gastrique, est exceptionnelle, nous ne l'avons jamais rencontrée ».

Gavino Jésus, dans un article de la *Riforma Medica*, conclut de façon très différente. Il estime que les lésions ulcéreuses du bulbe s'accompagnent, presque constamment, d'un élément spasmodique de l'estomac ou du duodénum et, qu'à côté de cette sténose fonctionnelle, peut exister souvent une véritable sténose organique du bulbe, spécialement dans les vieux ulcères, résultant de la longue et inexorable rétraction des tissus inflammatoires périlulbaires, ou due parfois à des adhérences avec les organes voisins. Il peut même exister une véritable infiltration ulcéreuse des parois, de telle sorte que l'on peut constater, même opératoirement, une véritable sténose médio-bulbaire due à l'ulcère.

D'après Moynihan, la sténose pylorique est pratiquement une sténose duodénale. C'est aussi l'opinion de Pauchet et d'Attal. Ce dernier écrit dans sa thèse : « Anatomiquement, le rétrécissement du pylore n'existe pas. Toute sténose dite pylorique provient soit du duodénum, soit de l'estomac ; il ajoute : les rétrécissements dits juxtapyloriques sont tous sous-pyloriques, c'est-à-dire duodénaux ».

C'est à une conception presque identique que nous arrivons à la suite d'un nombre important de gastroduodénectomies pour ulcères duodénaux, qui nous ont permis, soit au cours même de la libération minutieuse de la première portion du duodénum, libération nécessitée par l'exérèse, soit par la suite, lors de l'étude des pièces opératoires, de constater la réalité de la sténose organique que les données cliniques des observations nous avaient déjà fait pressentir.

Il arrive fréquemment, lorsqu'on intervient chez un malade, pour lequel le diagnostic de sténose pylorique a été porté après un examen radiologique dont nous verrons plus loin les modalités, de trouver la région pyloroduodénale occupée par des lésions parfois considérables, constituant une masse inflammatoire quelquefois même pseudotumorale, avec des épaisissements nacrés du péritoine, qui masquent entièrement pylore et duodénum. Souvent même la périoduodénite s'étend aux organes voisins, à la face inférieure de la vésicule, à la partie droite du côlon transverse.

En pareil cas, deux possibilités s'offrent au chirurgien.

S'il est peu résectionniste, l'étendue des lésions, le syndrome diagnostiqué de sténose, les dimensions importantes de l'estomac vont l'orienter vers une opération de dérivation. Il pratiquera une gastroentérostomie et le diagnostic qui figurera sur l'observation sera celui de sténose pylorique guérie par gastroentérostomie.

Ceci explique, à notre sens, que jusqu'à l'époque actuelle le nombre de sténoses pyloriques par ulcères, qui ont été justiciables de gastroentérostomies, soit considérable. Le mal ne serait pas grand si ces guérisons avaient été définitives. Mais lorsque l'on examine les statistiques de réinterventions pour ulcère peptique après gastroentérostomie, on s'aperçoit qu'un nombre considérable de ces ulcères peptiques ont été précisément observés après ces opérations pour sténose.

Ces notions ne sont certes pas nouvelles et plusieurs auteurs ont cherché à en donner une explication.

Pour Galpern, le chyme, ne passant plus dans le duodénum, ne provoque plus la production de sécrétine ; la sécrétion pancréatique qui, normalement, neutralise le suc gastrique, diminue en proportion. C'est donc par un processus d'hyperacidité non saturée qu'agirait le blocage du pylore. Gutmann pense qu'in-

tervient en plus un autre processus : l'infection due à la rétention.

Decker de Lausanne, G. Lucquet de Paris et J. Toutirais, dans sa thèse, attirent, eux aussi, l'attention sur l'action favorisante de la sténose dans l'apparition de l'ulcère peptique.

Pour ce dernier, trois facteurs entrent en jeu dans son développement : l'hyperacidité, la stase gastrique et la dérivation des sucs duodéno-pancréatico-biliaires. Or, les sténosés réunissent ces facteurs de la façon la plus constante et la plus marquée.

« Chez eux l'hyperacidité se montre avec une particulière fréquence ; elle est le résultat de l'hypersécrétion due à l'irritation continuelle de la région antrale par le liquide de stase. Cette stase, elle-même plus ou moins considérable, existe pratiquement toujours. Le sténosé est un malade dont l'estomac a perdu sa tonicité et s'est distendu. Quelles que soient les précautions prises, lors de l'intervention, pour bien placer la bouche, il est possible que cette distension continue dans la suite, ne fut-ce que très légèrement mais suffisamment pour créer, entre la bouche et le pylore, un cul-de-sac dans lequel stagnera constamment du liquide. Or nous avons vu le rôle excito-sécréteur qu'on lui attribue ; nous tombons là dans un cercle vicieux : la stase alimentaire provoquant par réflexe la sécrétion du suc chlorhydro-peptique et ce dernier s'accumulant dans le cul-de-sac pour entretenir la stase.

Quant au reflux duodéno-pancréatico-biliaire, il est purement et simplement supprimé. Or, la protection naturelle de l'estomac est assurée par la sécrétion des glandes à mucus et surtout par l'action antagoniste des liquides duodénaux, pancréatiques et biliaires. Dès qu'un peu de liquide gastrique franchit le pylore, son contact avec la muqueuse duodénale déclenche un réflexe qui fait jaillir par l'ampoule de Vater un flot de bile et de suc pancréatique. Les mouvements antipéristaltiques du duodénum font remonter une partie de ce liquide dans l'estomac et cette action ne s'arrête que lorsque le liquide gastrique, abaissé au taux voulu, ne déclenche plus le réflexe de défense en arrivant dans le duodénum.

Chez le sténosé opéré de gastroentérostomie, les mouvements de l'estomac s'exerçant en vain à faire franchir au liquide le pylore obstrué, n'aboutissent qu'à amener une dilatation suivie

de son corollaire habituel : la stase. Le reflux pancréatico-biliaire ne pouvant plus se produire, la muqueuse antrale ne sera plus protégée et la muqueuse jéjunale ne le sera qu'imparfaitement. En effet, le réflexe d'ouverture du sphincter d'Oddi sera retardé du fait du trajet plus long et à contre-courant que devra faire le liquide gastrique pour le déclencher. Pendant ce temps le suc gastrique pourra attaquer la muqueuse mal défendue. De plus quand le flux duodénal arrivera, il sera souillé par le suc chlorhydro-peptique rencontré dans l'anse afférente et aura perdu ses propriétés protectrices. »

C'est ainsi que Toutirais explique l'action néfaste de la sténose et, comme elle est très fréquente dans l'ulcère duodénal, c'est une des raisons pour lesquelles on y rencontre une telle proportion d'ulcus peptiques après gastroentérostomie.

Si, à l'inverse de la technique que nous envisagions tout à l'heure, l'opérateur résectionniste convaincu adopte dans un cas identique la technique d'exérèse, il va s'attaquer à ce foyer confus de sclérose et d'adhérences pyloro-duodénales et libérer progressivement le duodénum.

Cette libération ne va pas toujours sans difficultés, elle peut exposer à des déboires, de moins en moins nombreux lorsque l'expérience de l'opérateur s'affirme. Lorsque la libération est suffisamment poussée, il est facile de constater et de confirmer plus tard à l'examen de la pièce opératoire que la lésion d'origine est bien duodénale, bulbaire, quelquefois même voisine du genu superius et que c'est, par conséquent, une sténose d'origine duodénale et non pylorique pour laquelle on est intervenu. C'est ce que montrent les descriptions opératoires des observations que voici :

OBSERVATION I

B... Joseph, 55 ans. Envoyé par le Professeur Savy pour syndrome de rétrécissement pylorique.

Souffre depuis 18 ans. Douleurs sans caractères périodiques nets.

Depuis 3 mois douleurs continues. Vomissements tardifs alimentaires contenant des aliments ingérés la veille.

Examen : Sensation de masse épigastrique. Clapotage à jeun. Ondes péristaltiques nettes.

Intervention : 9 octobre 1940. Dr Ballivet.

Estomac dilaté. On trouve un ulcère étendu de la première portion du duodénum couvert d'adhérences péritonéales et qui adhère légèrement à la vésicule. On libère la face antérieure ; à ce moment l'ulcère remonte un peu mais on s'aperçoit alors qu'il s'étend sur la face postérieure du duodénum jusqu'au genu superius. On renonce à une gastroduodénectomie.

G.E.A.

Suites : Simples.

OBSERVATION II

F... Edouard, 50 ans. Envoyé par le Dr Paliard pour syndrome douloureux épigastrique datant de 10 ans, à horaire tardif.

Depuis 2 mois douleurs constantes, accompagnées de vomissements.

Radioscopie : Montre un estomac de sténose pylorique avec grosses contractions inefficaces et phases d'accalmie. Examen prolongé longtemps : au bout d'un long moment on voit un mince fil de baryte passer dans le duodénum.

Intervention : 18 décembre 1940. Dr Ballivet.

Ulcère de la première portion du duodénum à égale distance du pylore et du genu superius, avec des signes d'inflammation récente du péritoine et déterminant une sténose assez serrée. On se contente d'une G.E.A. qui sera suivie d'une gastrectomie secondaire.

Deuxième intervention : 28 janvier 1941. Dr Ballivet.

Libération du duodénum qu'on est obligé de faire très loin jusqu'au genu superius, très difficile au niveau de la face postérieure adhérente au pancréas. Le duodénum se trouve réduit à un canal très sténosé du calibre de l'appendice.

Gastrectomie.

Examen de la pièce : Gastrite hémorragique de l'antré ; 3 cm. de duodénum au bout desquels il existe une sténose très serrée par ulcus cicatriciel. Sur la muqueuse, cicatrice ombiliquée, comme une tête d'épingle en verre. Sur le péritoine périoduodénite épaisse.

Suites opératoires : 16 février 1941 : Hémorragie intestinale de sang rouge.

24 février 1941 : Réintervention du Pr. Santy.

Au niveau du pancréas on trouve une loge de nécrose que l'on interprète soit comme un ulcère peptique pénétrant dans le pancréas au niveau d'une déhiscence de la suture primitive, soit comme un foyer pancréatique ouvert dans le duodénum.

5 mars 1941 : Mort par broncho-pneumonie.

OBSERVATION III

Mme K..., 51 ans. Envoyée par le Docteur Paliard.

Syndrome douloureux épigastrique depuis deux ans. Calmé par des vomissements où la malade reconnaît des aliments ingérés la veille. Ces vomissements cèdent à certaines périodes. Donc élément spasmodique surajouté (injection d'atropine efficace).

Examen : Clapotage à jeûn. Ondes péristaltiques. Radioscopie négative.

Radiographie : Enorme estomac, avec distension de l'antré, dévié à droite et attiré contre le flanc droit de la colonne. Région antropylorique floue. Estomac en sténose incomplète avec rétention. Retard d'évacuation de 14 à 15 heures.

Intervention : 17-9-41. Professeur Santy.

Enorme estomac en sténose avec volumineuse lésion duodéno-pylorique adhérente au pancréas. Lésion inflammatoire donnant l'impression d'une véritable tumeur. On préfère la gastrectomie à une simple G. E. A. Libération duodénale difficile. La première portion du duodénum est presque entièrement détruite par le processus ulcéreux.

Gastrectomie Billroth II.

Suites : simples.

OBSERVATION IV

B... Dikan, 34 ans.

Syndrome douloureux tardif depuis 10 ans à périodicité nette.

Radioscopie : Point douloureux sur le bulbe, encoche sur le bord interne en demi-réplétion du bulbe : ulcère duodénal.

Intervention : Docteur Ballivet (19-8-41).

Il s'agit d'un ulcère de la face antérieure du duodénum, cicatriciel et sténosant, ayant constitué en aval une sorte de jabot. Périduodénite antérieure et postérieure. Gastrectomie Péan Kocher.

Suites : bonnes.

Quelquefois même les lésions ulcéreuses sont multiples. L'ulcère double du duodénum, bien que rare, n'est pas exceptionnel. Il déforme au maximum le duodénum et contribue puissamment à le sténoser.

Il nous a, enfin, été donné d'observer plusieurs cas de sténoses organiques rapides du duodénum par ulcères perforés

bouchés analogues à ceux décrits par M. Santy et M. Bérard au niveau du pylore. En voici deux observations :

OBSERVATION V

Mme G..., 50 ans. Envoyée par le Professeur Savy pour sténose pylorique.

Syndrôme douloureux épigastrique depuis deux ans. Vomissements contenant du sang.

Depuis un mois, vomissements contenant des aliments ingérés la veille. Douleurs continues.

Examen : Clapotage gastrique sans ondes péristaltiques.

Radioscopie : Estomac légèrement dilaté dans la région antrale. Hyperpéristaltisme. Contractions inefficaces. Petite courbure en éperon.

Intervention : 1^{er} juin 1935. D^r Santy.

Lésion duodénale siégeant sur la face antérieure de la première portion et intimement soudée à la face inférieure du foie. Vésicule saine.

Il paraît s'agir d'un ulcère duodénal qui a dû se fixer au foie au cours d'une perforation, cette fixation ayant entraîné la brusquerie de la sténose.

Suites opératoires : bonnes.

OBSERVATION VI

M. S... Félix, 40 ans. Envoyé par le D^r Mallet-Guy pour sténose pylorique.

Souffre depuis 1 an — douleurs précoces, après les repas, sans périodicité.

Depuis cinq mois, vomissements alimentaires, survenant parfois la nuit, contenant des aliments ingérés la veille.

Examen : Impression de grand estomac tendu sous la paroi. Pas d'ondes péristaltiques.

Intervention : 15 décembre 1939. D^r Santy.

On est frappé par l'aspect inflammatoire de la cavité péritonéale. L'estomac a l'allure d'un estomac de sténose de grandes dimensions et avec parois très épaissies.

La face antérieure du pylore et la première portion du duodénum sont collées à la face inférieure du foie et à la vésicule. En libérant les adhérences on voit sourdre de la sérosité et ensuite un peu de pus. On finit par arriver ainsi sur une large perforation

bouchée surtout par la vésicule et le foie, occupant la face antérieure de la première portion du duodénum, son bord supérieur et une partie de la face postérieure. Il s'agit d'un véritable ulcère en selle du duodénum. La perforation a presque complètement sectionné la première portion. Gastroduodénectomie Billroth II.

Suites opératoires : bonnes.

L'ulcère perforé bouché peut être postérieur. C'est alors le pancréas qui oblitère la brèche. La symptomatologie, bien que moins nette, est encore celle d'une sténose rapidement constituée, comme le montre l'observation ci-après :

OBSERVATION VII

P... François, 50 ans. Envoyé par le D^r Paliard.

Souffre depuis une période relativement récente. Hospitalisé au mois d'avril chez M. le P^r Savy pour hémalémèses. Depuis le début du mois de juillet souffre constamment.

17 juillet. — D^r Paliard. « Les ondes péristaltiques sont manifestes. En raison de la brusquerie de l'apparition de la sténose, c'est plus la symptomatologie d'une sténose ulcéreuse que d'une sténose néoplasique. Lorsqu'on regarde les radiographies, pratiquées en avril, à la lumière des faits nouveaux, on voit que la région pylorique n'est jamais nette, constamment floue, le bulbe duodénal également mal rempli et irrégulier. Il existe certainement une lésion organique de la région pylorique. »

Intervention : 6 août 1941. P^r Santy.

Estomac très épaissi ; l'exploration du duodénum montre l'existence loin sur la première portion et sur la face profonde de celle-ci d'un ulcère qui a creusé sa cavité dans la tête du pancréas et qui paraît assez volumineux. Sur la face antérieure, en regard de cet ulcère, il existe une périoduodénite inflammatoire assez intense qui se prolonge jusqu'à la face inférieure de la vésicule. Gastroduodénectomie Billroth II.

Examen de la pièce : A la face postérieure de la première portion du duodénum, ulcère cavitaire admettant l'extrémité du petit doigt.

Nous voyons que, par des mécanismes bien différents, l'ulcère du bulbe peut entraîner la constitution d'une sténose duodénale.

Nous laisserons de côté, dans ce travail, la sténose basse, bien qu'elle coexiste souvent avec un ulcère du bulbe. Ses relations pathogéniques avec cet ulcère, en effet, sont encore obscures. La symptomatologie en est relativement riche et a été bien décrite par de nombreux auteurs. Ce n'est pas le cas, comme nous allons le voir, pour la sténose duodénale vraie.

ETUDE CLINIQUE

Les observations, dont nous venons de voir le compte rendu, nous ont déjà montré quelques aspects de la symptomatologie de ces sténoses d'origine duodénale. On peut essayer de les schématiser suivant plusieurs formes cliniques que nous allons étudier.

1. — Les sténoses fonctionnelles par ulcus duodénal juxtapylorique et par ulcère du bulbe

Ce sont des sténoses pyloriques spasmodiques. Ces sténoses se constituent rapidement, d'une façon précoce, dans l'ulcus juxtapylorique, au bout d'un certain temps seulement dans l'ulcère duodénal vrai. Elles ne sont souvent que transitoires et peuvent disparaître sous l'influence du repos et des antispasmodiques.

Il est des formes frustes, comme l'ancienne maladie de Reichmann, dont l'origine ulcéreuse a été bien mise en évidence par Hayem, caractérisée par la douleur tardive après les repas, la présence de liquide le matin à jeun dans l'estomac, l'hyperchlorhydrie, ou la forme décrite par Enriquez et Durand, purement gastralgique, sans liquide à jeun, avec ou sans vomissements, pour laquelle on ne fera le diagnostic de sténose qu'au moment de l'examen radiologique.

A un degré de plus, il peut exister des formes légères, avec sténose lâche, se traduisant par un retard d'évacuation gastrique pouvant être assez marqué, présence de liquide à jeun dans l'estomac contenant des particules alimentaires, apparition de vomissements.

Il est enfin des formes serrées pouvant en imposer pour une véritable sténose organique avec tous ses signes caractéristi-

ques : douleurs continues, vomissements tardifs ou même vomissements de stase, clapotage gastrique, tension intermittente de l'épigastre, ondes péristaltiques.

2. — Le syndrome d'intolérance gastrique

Il se traduit par des vomissements fréquents et répétés, survenant après chaque repas. Le malade rejette absolument toute nourriture. X. Delore, de Rougemont et Creyssel ont décrit un syndrome identique dans l'évolution d'une sténose pylorique incomplète devenant définitive par suite d'une poussée infectieuse. Le malade présente des accidents d'allure aiguë, traduisant une intolérance gastrique absolue, caractérisée par des vomissements incoercibles amenant la mort du malade s'il n'est pas rapidement opéré.

Pour Ch. Jacquelin, en dehors de certains de ces cas aigus exceptionnels, ce syndrome n'est presque jamais le fait d'une lésion organique sténosante. Il est le plus souvent d'origine réflexe à point de départ extra-gastrique.

Il nous a semblé en réalité que ce syndrome n'était pas aussi rare que le dit Ch. Jacquelin. Nous l'avons en effet rencontré plusieurs fois dans les antécédents de nos malades, soit sous forme d'accidents transitoires, soit sous forme d'accidents plus graves nécessitant l'intervention.

Lorsque l'on est habitué à le dépister, ce syndrome est l'un des plus typiques. Mais il est très souvent tellement voisin de certaines formes d'intolérance dues à la lithiasé vésiculaire que, si l'indication opératoire est portée sans difficultés, jusqu'au moment des constatations chirurgicales le diagnostic reste en suspens. Il est, en effet, très souvent difficile, sinon impossible, de réaliser chez ces malades un examen radiologique correct. L'existence d'examen radiologiques antérieurs peut par contre guider le diagnostic, surtout si ces examens ont permis, dans une date pas trop éloignée, d'éliminer l'existence d'une lithiasé vésiculaire. Nous avons pu récemment recueillir une belle observation qui illustre clairement cette forme clinique.

OBSERVATION VIII

Mme C..., 43 ans. Malade envoyée par le Dr Lenoble pour ulcère pyloroduodénal probable avec signes de sténose.

Il y a 19 ans, a été soignée pour ulcère duodénopylorique.

Il y a 2 ans, petit épisode douloureux soigné comme une affection hépatique.

Depuis deux mois, douleurs quotidiennes, tardives, à siège épigastrique. Vomissements très abondants — d'abord alimentaires, avec une grande quantité de liquide jaunâtre — puis rapidement bilieux. Amaigrissement de 13 kgs. Ces derniers jours, douleurs très vives et véritable intolérance gastrique qui décident le Dr Lenoble à envoyer la malade à l'hôpital.

Radiographie gastrique : Bulbe duodénal déformé, sans signe de sténose.

Radiographie vésiculaire : Vésicule à peine perceptible, sans image de calcul, interprétée comme une image de cholécystite non calculeuse.

Examen : Foie débordant un peu le rebord costal. Région vésiculaire sensible à la palpation profonde.

Intervention : 10 mars 1942. Pr Santy.

Il s'agit d'un ulcère du duodénum, très à droite, avec périduodénite intense qui se clive assez facilement. En libérant le duodénum, on s'aperçoit qu'il y a un second ulcère postérieur faiblement adhérent à la tête du pancréas. Il se perforé au cours de l'intervention.

Gastroduodénectomie Billroth II.

Examen de la pièce : Double ulcère du duodénum : un sur la face postérieure qui s'est perforé lors du clivage du duodénum, un antérieur, à 5 cm. du pylore, attaquant la paroi duodénale et entraînant la formation d'un jabot visible à la radiographie.

Suites opératoires : phlébite. — Guérison.

3. — Les sténoses vraies juxta-pyloriques et duodénales

Le diagnostic différentiel entre ces formes et les sténoses pyloriques vraies est très souvent impossible. Cliniquement les signes sont superposables, puisqu'il s'agit avant tout d'un estomac de stase qui traduit sa souffrance par les vomissements alimentaires, le péristaltisme, la tension intermittente et le clapotage gastrique, qui en sont les signes cardinaux.

Dans l'histoire du malade quelques points peuvent retenir

l'attention, bien qu'il s'agisse toujours d'histoire de longue durée, de passé gastralgique remontant à de nombreuses années, avec un horaire douloureux tardif qui ne permet pas de différencier, suffisamment nettement, un ulcère du bulbe d'un ulcère pylorique. Il semble que la distension gastrique soit peut-être moins grande dans la sténose duodénale que dans la sténose pylorique vraie. Il apparaît peut-être que la sténose duodénale, bien que lentement constituée, n'exige pas un laps de temps aussi considérable que la sténose pylorique.

Il peut arriver cependant que les phénomènes de sténose apparaissent avec une grande brusquerie, et qu'après un passé d'ulcère duodénal plus ou moins net, on voit se constituer en quelques jours un syndrome de sténose pylorique très précis avec vomissements alimentaires copieux, contenant les aliments ingérés la veille ou l'avant-veille, et signes somatiques qui peuvent être au complet.

Lorsque l'on dépiste très nettement cette apparition subite de la sténose, on peut presque à coup sûr l'attribuer à un fait nouveau survenu au cours de l'évolution de l'ulcère. Il s'agit presque toujours d'un ulcère duodénal perforé, bouché par l'accolement providentiel de la perforation à un organe voisin. Nous venons d'en citer trois observations dans le chapitre précédent.

La clinique ne nous permet donc pas d'affirmer l'existence d'une sténose organique duodénale, elle peut cependant nous orienter. Il nous reste une ressource pour essayer d'en confirmer la réalité, c'est l'examen radiologique. Nous allons voir s'il nous en donne la possibilité.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Grâce à la radiologie, on peut faire le diagnostic précoce d'une sténose au début. A cette période, il est possible de localiser exactement l'ulcère responsable de cette sténose.

Lorsque celle-ci est constituée, l'examen clinique permet rarement de porter un diagnostic précis sur son siège. Nous allons essayer de voir s'il est possible de faire ce diagnostic à l'examen radiologique.

1. — La sténose juxtapylorique

Elle se confond pratiquement avec la sténose pylorique.

Elle se traduit, à sa période de début, par l'hyperpéristaltisme, la dilatation prépylorique, la présence de liquide de stase, un retard d'évacuation parfois considérable, le bulbe duodénal ne s'injecte pas ou s'injecte mal.

Une fois la sténose constituée, on constate, à l'examen, la présence d'une grande quantité de liquide à jeun, la baryte tombe en « chute de neige », l'estomac est déformé en cuvette avec une couche de baryte surmontée d'une couche de liquide de stase. Par moment se produisent des crises d'hyperkinésie gastrique inefficaces.

Au stade de grande sténose pylorique, l'examen montrera des contractions à peine ébauchées, l'estomac ne se vide plus et, au bout de 10 ou 12 heures et plus, est encore abondamment garni de baryte.

2. — La sténose bulbaire

Le diagnostic radiologique n'en peut être fait que si le pylore reste perméable à la bouillie barytée.

Duval, Roux et Beclère ont trouvé le pylore soit légèrement relâché, soit contracturé, sans pouvoir établir la plus fréquence de l'un ou de l'autre aspect.

Pour G. Jésus dans la majorité des cas le pylore reste perméable.

« Certes, écrit-il, il est fréquent, sinon constant, de voir au début de l'examen le pylore fermé et l'estomac qui se remplit jusqu'à entraîner une certaine dilatation prépylorique. On peut aussi noter des contractions répétées et inefficaces, au niveau de l'antré. Une radiographie faite dans ces conditions donnerait l'image parfaite d'une sténose du pylore. Il s'agit, en effet, d'un spasme du pylore très fréquent dans la période initiale de la maladie.

Si l'on examine le malade à une période plus avancée, se traduisant à la radio par la présence de niches, de taches, de diverticules, etc..., on note des spasmes du bulbe tantôt généralisés (si bien que l'image du bulbe que l'on a aperçue nettement au début de l'examen devient extrêmement floue par la suite), tantôt limités à une zone de contracture au niveau de l'ulcère.

Si nous observons, enfin, ces malades à une période encore plus tardive, nous nous apercevons que, dans la majorité des cas, il y a arrêt de la bouillie barytée ou remplissage incomplet de la région médiobulbaire, alors que l'antré et le versant pylorique du bulbe restent normaux. Cette béance du pylore serait due probablement à une infiltration des parois qui transforme le bulbe en un cylindre rigide perméable. »

F. Moutier et G. Maingot décrivent une insuffisance pylorique, analogue aux insuffisances valvulaires, avec reflux du contenu duodénal dans l'estomac. .

« Les insuffisances pyloriques modérées et intermittentes sont les plus fréquentes, écrivent-ils. Les sténoses sous-pyloriques serrées très voisines de l'estomac épuisent d'abord la contractilité du pylore et effacent l'image radiologique du sphincter. A cette période, le segment pylorique du duodénum se confond sans démarcation avec l'estomac ; il est nécessaire de serrer les signes de très près pour ne pas confondre la sténose duodénale avec la sténose pylorique. L'erreur est facile : le pylore n'est plus visible, le duodénum fait partie intégrante de l'estomac, la sténose qui ferme cette cavité en impose pour une

sténose pylorique ». Mais, pour ces auteurs, la sténose serrée ne s'observe que rarement dans l'ulcère duodénal qui entraîne plutôt des insuffisances modérées et intermittentes.

Parmi toutes les déformations que l'on peut voir dans un bulbe ulcéreux, quels vont donc être les signes qui nous orienteront vers le diagnostic de sténose ?

Pour Akerlund, la sténose organique peut être, anatomiquement, étroite et circulaire comme si le duodénum était ficelé, ou bien peut transformer la première portion du duodénum en un tube étroit et sinueux, à parois rigides et indurées. Les images radiologiques en seront donc assez caractéristiques, mais tous les intermédiaires peuvent s'observer entre ces deux extrêmes.

Gutmann, dans son étude radiologique du bulbe ulcéreux, décrit des incisures, des encoches et des pseudo-diverticules présténosants.

« L'incisure peut être spasmodique ou organique, dit-il. Il est souvent difficile de distinguer les deux aspects. L'incisure spasmodique varie suivant les clichés, ses bords sont purs, nets, ses limites extérieures sont bien arrondies. L'incisure organique par bride est fixe, à bords parfois irréguliers, à limites extérieures souvent dentelées (sténose médiobulbaire organique).

Les encoches siègent souvent en face de la niche et l'aspect du bulbe peut être comparé à celui de l'estomac porteur d'un ulcère sur la petite courbure et d'un spasme sur la grande.

Akerlund qui les a décrites les appelle encoches spasmodiques et cette opinion est communément acceptée.

Forsell a montré, par contre, que très souvent ces encoches n'étaient pas spasmodiques mais qu'elles traduisaient un état d'hypertrophie inflammatoire localisé de la muqueuse. « un coussinet muqueux », qui fait saillie dans la lumière du duodénum. Il est probable que les deux types existent, le type spasmodique étant marqué par sa variabilité, le type inflammatoire par sa fixité.

Les déformations pseudo-diverticulaires, continue Gutmann, sont d'une grande fréquence. Elles ont une signification pathologique, car elles sont l'apanage, non exclusif, mais très fréquent, des bulbes où interviennent des processus de sténose. Aussi sont-elles souvent associées à des images de sténose, de raccourcissement bulbaire. Elles représentent des expansions

de la paroi bulbaire qui se distend sous l'influence des contractions, au niveau des endroits les moins indurés, ou les moins cerclés d'adhérences. »

Akerlund les appelle « diverticules présténosants », mais ils ne sont pas forcément liés à une sténose. Il distingue les diverticules de la grande courbure du bulbe, à limites effacées, et les diverticules de la petite courbure bien limités, ces derniers seuls posant l'hypothèse d'une sténose organique du bulbe.

Lorsque l'ulcère se complique de périiduodénite, à ces images élémentaires vont se surajouter d'autres images caractérisées par des déformations constantes et parfois considérables du bulbe et des troubles de position comme la rétrofixation ou la dextrofixation. Il est alors très difficile de porter un diagnostic exact sur la nature de ces déformations, et c'est l'opération seule qui nous renseignera sur le siège de ces lésions.

L'impression qui se dégage des documents radiologiques de nos propres malades est conforme aux données que nous venons d'exposer. —

Dans une première série de cas, concernant les malades atteints d'ulcères duodénaux juxtapyloriques, l'aspect radiologique ne peut être distingué aisément de celui d'une sténose due à un ulcus du canal pylorique ou du versant gastrique du pylore. Seule l'histoire clinique, surtout dans sa période initiale, par les anamnestiques, permet de suspecter l'étiologie duodénale de la sténose.

Cet aspect de sténose peut être, du reste, essentiellement variable d'un examen à l'autre, l'élément spasmodique en imposant volontiers pour une sténose serrée totale jusqu'au moment où, le spasme cessant, l'étude du bulbe est enfin possible.

OBSERVATION IX

M. B... Joseph, 40 ans, envoyé par le P^r Savy.

Syndrome douloureux tardif depuis un an, continu. Vomissements fréquents, alimentaires.

Radioscopie : pratiquée chez M. le P^r Savy.

1^{er} examen : Le pylore ne s'ouvre pas pendant l'examen, même

après piqure d'atropine. Forme de cuvette en position debout. Trois heures après le repas, résidu de deux travers de doigt.

Sténose pylorique incomplète. Origine : spasme du pylore ? Examen à répéter

2° *examen* : Bulbe non visible, même après trois heures d'attente. Trois heures après : estomac non évacué, en forme de cuvette, situé dans le bas ventre. Rien de la bouillie a passé dans le pylore.

En résumé : sténose du pylore vraisemblablement d'origine cicatricielle, ulcéreuse (ulcère juxta-pylorique non perceptible).

3° *examen* : Aspect normal de l'estomac. Forme en corne de bœuf.

Bulbe haut situé, douloureux à la palpation, à évacuation très rapide. Dans le peu de temps qu'on arrive à remplir le bulbe, on a l'impression qu'il est déformé. Au cours ultérieur de l'examen, spasme intense du pylore, de sorte que le bulbe ne se présente plus.

En résumé : Ulcère duodénal probable.

Intervention : 27 septembre 1940. D^r Frieh.

On découvre chez un sujet particulièrement difficile à explorer des signes manifestes au niveau de la région pyloro-duodénale expliquant la sténose. G. E. A.

Suites : bonnes.

Dans une seconde catégorie de cas, concernant les ulcères du bulbe, la sténose bulbaire apparaît radiologiquement sous des formes assez variables. Le plus souvent, l'image du bulbe est complètement modifiée et apparaît sous la forme d'un défilé, étroit, irrégulier, auquel est appendu un pseudo-diverticule inférieur ; ou bien encore c'est l'image en trèfle classique mais très exagérée. Les folioles supérieure et inférieure du trèfle ne sont plus réunies que par un pédicule extrêmement étroit, traduisant l'intensité de la plicature que réalise la sténose à la fois extrinsèque et intrinsèque du bulbe duodénal.

La longue évolution de l'histoire clinique des ulcères duodénaux fait que l'on a quelquefois la chance de posséder des séries de clichés qui permettent d'assister progressivement à la constitution de la sténose. Les séries les plus anciennes montrent un aspect typique d'ulcère bulbaire puis, progressivement, on assiste à une déformation croissante de la première portion du duodénum pour aboutir, en dernier lieu, à une sténose serrée, avec identification beaucoup plus malaisée du siège exact de la sténose.

De cette étude, nous pouvons conclure que le diagnostic radiologique du siège de la sténose est très délicat à faire. L'examen est d'ailleurs souvent gêné soit par suite de phénomènes d'intolérance gastrique, soit par suite de la présence d'aliments dans l'estomac. On devra parfois y renoncer lorsque la sténose sera trop serrée.

Ce diagnostic reste néanmoins possible et devant un syndrome clinique de sténose, il faudra y penser chaque fois que des examens antérieurs nous auront révélé l'existence d'un ulcère duodénal.

OBSERVATIONS ORIGINALES

OBSERVATION X. — Z... Joseph, 72 ans. Envoyé par le D^r Santy pour ulcus duodénopylorique.

Syndrome douloureux épigastrique depuis dix ans à horaire tardif, périodique, sans vomissements.

Depuis dix jours, signes de sténose pylorique, vomissements abondants, hématemèse, et mœna. Il s'agit d'une sténose très serrée. Pour cette raison on ne fait pas d'examen radiologique.

Intervention : 13 avril 1935, D^r Santy. — Il s'agit d'une vieille lésion duodénopylorique très scléreuse développée à la face postérieure, paraissant tenir au pancréas par une masse du volume d'une noix.

Estomac de sténose. On fait une G.E.A.

Suites : bonnes.

OBSERVATION XI. — D... Ali, 32 ans.

Syndrome douloureux semi-tardif depuis deux ans. Pas de périodicité. Pas de vomissements.

Examen : Existence d'une masse dure, allongée, située à hauteur de l'ombilic, à droite de la ligne médiane.

Intervention : 31 octobre 1935. D^r Santy. — Il s'agit d'un ulcère duodénopylorique paraissant sténosant. G.E.A.

Suites : bonnes.

OBSERVATION XII. — P... François, 48 ans. Envoyé par le P^r Froment pour sténose pylorique.

13 mars 1936 : Syndrome douloureux depuis trois mois à horaire tardif. Depuis huit jours, vomissements aqueux et acides.

Examen : Clapotage à jeûn, ondes péristaltiques.

Le malade refuse l'intervention.

Revient le 1^{er} juin 1936. Vomissements, deux à trois fois par semaine avec débris alimentaires de la veille. Syndrome de sténose nette.

Examen : Clapotage. Ondes péristaltiques. L'estomac se dessine nettement au-dessus du pubis.

Radioscopie : Estomac très distendu — résidu de baryte après 17 heures.

Intervention : Dr Frieh, le 5 juin 1936. — Ulcère de la face antérieure du duodénopylore paraissant ancien, laissant au doigt une sensation résistante et se traduisant par une étoile qui rétracte la séreuse. Adhérences postérieures dans l'arrière cavité au niveau du pylore. G.E.A.

Suites : Sept. 1936 : Se plaint de douleurs post-prandiales avec vomissements contenant des aliments de la veille. Le malade refuse l'intervention.

OBSERVATION XIII. — Mme C..., 28 ans. — Envoyée par le Dr Santy pour sténose pylorique.

Syndrome douloureux semi-tardif depuis 3 ans. Les crises, d'abord espacées, se rapprochent de plus en plus. Les vomissements calment la malade.

Il y a un mois, les douleurs s'accroissent, la malade présente une intolérance complète à tous les aliments. Elle vomit tout ce qu'elle prend. Cette crise a duré huit jours. Depuis trois semaines, ne vomit plus. Douleurs continues.

Examen : Ondes péristaltiques.

Intervention : 20 septembre 1935. Dr Santy. — Il s'agit d'une sténose pylorique très serrée ayant réduit considérablement la lumière de la première portion du duodénum, avec un sphincter pylorique très volumineux, spasmodique. Enorme estomac avec musculature hypertrophiée. G.E.A.

Suites : Simples.

OBSERVATION XIV. — M... Charles, 51 ans.

Syndrome douloureux, semi-tardif depuis 18 ans, périodicité nette, pas de vomissements.

Examen : Clapotage gastrique.

Radioscopie : Grand estomac de sténose — chute en neige de la baryte — sténose du pylore par ulcus probable.

Intervention : 2 juin 1937. Dr Santy. — Gros ulcère duodéno-pylorique, sténosant, avec aspect nacré du péritoine et induration très étendue sur le versant duodénal. Enorme estomac épaissi de sténose. G.E.A.

Suites : Simples.

OBSERVATION XV. — Mme L..., 43 ans. Envoyée du Service de M. le Dr Savy pour sténose pylorique. Y a fait deux séjours.

1^{er} séjour : Avril 1935. Syndrome douloureux tardif depuis dix ans, périodique. Depuis cinq ans, douleurs accrues, vomissements alimentaires.

Radioscopie : Pas de liquide de stase. Canal pylorique un peu rigide et canaliculaire. Cette image disparaît.

2^e séjour : 10 août 1937. Syndrome net de sténose, vomissements de stase.

Examen : Tension de l'épigastre, clapotage gastrique.

Radioscopie : Grand estomac en cuvette. Contractions fortes, mais inefficaces.

Intervention : 17 août 1937. Dr Mallet-Guy.

Estomac à parois œdémateuses, moyennement dilaté. Ulcère rétractile du pylore, versant duodénal. Déformation du bulbe. G.E.A.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XVI. — Mme B... Augustine, 57 ans.

Syndrome douloureux tardif depuis vingt ans à périodicité nette.

Depuis un an, signes de sténose, douleurs continues, vomissements avec aliments ingérés la veille.

Examen : Clapotage gastrique.

Intervention : 11 décembre 1937. Dr Friehe. — Il s'agit d'un énorme ulcère du versant pyloroduodénal de la grosseur d'une pièce de deux francs, s'étendant, en arrière et en dedans, vers l'arrière cavité des épiploons et vers le mésocôlon sur lequel il fixe son empreinte par une cicatrice étoilée. G.E.A.

Suites : Simples.

OBSERVATION XVII. — V... Jean, 70 ans.

Syndrome douloureux épigastrique depuis 25 ans. Depuis un an, vomissements et douleurs continues.

Radiographie : Il s'agit d'une sténose pylorique au début par ulcus duodénal. Il faut noter en outre que la portion sus-vatérienne de D₂ présente des déformations laissant suspecter une grosse péri-duodénite et que la partie inférieure de D₂ et D₃ sont dilatées avec image en dos de tortue.

Intervention : 18 janvier 1938. Dr Michel.

On trouve sur le duodénum ce qu'on croit être un vieil ulcus calleux recouvert par le foie qui y adhère. G.E.A.

Suites : 2 février : Le malade meurt de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XVIII. — S... Gabriel, 48 ans.

Syndrome douloureux depuis trois mois, vomissements tardifs, contenant des aliments ingérés la veille.

Examen : légère contracture dans la région sus-ombilicale.

Radioscopie : Tache barytée persistante au niveau du bulbe duodénal avec rigidité des parois duodénales tout autour.

Intervention : 11 février 1938, Dr Santy. — Volumineux ulcère pyloroduodénal de la face postérieure, paraissant pénétrer dans le pancréas et fixant énergiquement la région à cet organe. G.E.A.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XIX. — P... 39 ans. Envoyé par le Dr Garin pour sténose pylorique.

Souffre depuis sept ans ; ulcère duodénal diagnostiqué, avec niche visible à la radio.

Depuis quinze jours, vomissements alimentaires ou aqueux. Parfois présence de bile dans les vomissements.

Intervention : 31 octobre 1938. Dr Mallet-Guy.

Estomac de dimensions normales ; gros ulcère calleux adhérent au pancréas, rétractant tout le bulbe ; fixé au foie si bien qu'une exérèse devrait porter jusqu'à l'angle supérieur. Gastrectomie.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XX. — M... Paul, 50 ans.

Syndrome douloureux tardif depuis cinq ans. Périodicité nette. Actuellement : douleurs très vives — vomissements, tous les deux jours, avec aliments ingérés la veille.

Intervention : 21 août 1938. Dr Santy.

Lésions considérables de la petite courbure, ce qui fait hésiter entre ulcère chronique et néoplasme. Ulcère cavitaire admettant l'extrémité de l'index. En raison de la sténose serrée on fait une gastro-entérostomie d'attente.

Le 16 novembre 1938. Dr Mallet-Guy.

Gastrectomie : double ulcère de la face antérieure du duodénum à 2 cm. du pylore et ulcère de la petite courbure à l'angulus.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXI. — P... Ange, 51 ans. Envoyé par le Dr Fouquet pour sténose pylorique.

Syndrome douloureux tardif depuis 8 ans. La première année, le malade a présenté, pendant quelques temps, des vomissements incessants et continuels avec amaigrissement considérable. Il y a quatre mois environ, vomissements incessants, presque quotidiens, avec aliments ingérés de la veille. L'intolérance alimentaire était presque totale.

Examen : Clapotage à jeûn, perception d'un estomac un peu tendu.

Intervention : 11 mai 1939. Dr Friehe. — L'estomac paraît sain — on voit sur le duodénum une petite cicatrice blanchâtre d'ulcère. G.E.A.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXII. — B... Gustave, 61 ans.

Syndrome douloureux tardif depuis 15 ans. Depuis deux mois, aggravation, vomissements le soir vers minuit, très abondants.

Intervention : 21 septembre 1940. Dr Santy.

Il s'agit d'une sténose pylorique par ancien ulcère pyloroduodénal, qui forme une petite masse, très à droite, entourée de tractus de péritonite chronique très ancienne. G.E.A.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXIII. — B... Emilio, 46 ans.

Syndrome douloureux tardif depuis deux ans. Vomissements abondants où le malade reconnaît des aliments ingérés la veille.

Examen : Ondes péristaltiques, clapotage gastrique.

Radiographie : 1° Estomac : présente un bas fond dilaté, la baryte s'est mélangée à un résidu de liquide à jeûn et donne dans la région prépylorique un aspect floconneux.

2° Duodénum : jamais injecté — le passage duodénal paraît rétréci — on ne peut localiser le pylore.

En somme, d'après l'ensemble des signes précédents, il semble que l'on puisse suspecter une lésion duodénale, donnant des signes de sténose, dont la nature serait ulcéreuse.

Intervention : 30 juillet 1940. P^r Santy. Il s'agit d'un vieil ulcère pyloroduodénal avec grosse réaction péritonéale chronique et sténose manifeste. G.E.A.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXIV. — B... Elie, 67 ans.

Pas de passé gastrique.

Depuis deux ou trois mois, douleurs semi-tardives. Meloena depuis quatre ou cinq jours. Vomissements rares, nausées fréquentes.

Examen : Clapotage à jeûn, ondes péristaltiques.

Intervention : 12 novembre 1940. D^r Ballivet.

Il s'agit d'un ulcère duodénopylorique sans extension extrinsèque. Mobilité assez bonne du duodénum. G.E.A.

Suites : Simples.

OBSERVATION XXV. — C... Raoul, 34 ans. Envoyé par le D^r Vachon pour sténose pylorique.

Syndrôme douloureux épigastrique depuis cinq ans. Depuis un mois, douleurs tardives — vomissements survenant deux à trois heures après les repas — selles diarrhéiques.

Radioscopie : existence d'une sténose pylorique, grand estomac qui garde encore plus de la moitié de la baryte huit heures après l'ingestion.

La radioscopie ne peut fournir de renseignements sur l'origine de cette sténose. Cliniquement, il semble qu'il faille s'orienter vers un diagnostic d'ulcère.

Intervention : 27 juin 1941. D^r Chattot.

Ulcère pyloroduodénal, grand estomac de sténose, pas d'autres lésions. G.E.A.

Suites opératoires : 30 juin, réintervention pour circulus vicieux : jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.

Suites : simples.

OBSERVATION XXVI. — S... Jean, 42 ans. Envoyé par le Dr Paliard.

Souffre depuis novembre 1940, douleurs précoces. Depuis quelques temps vomissements de plus en plus fréquents.

Radiographie : Image anormale prépylorique.

Intervention : 9 juillet 1941. Dr Santy.

Ulcère duodénopylorique, peu volumineux, siégeant sur le bord supérieur du pylore, avec réaction péritonéale étendue au petit épiploon — très grand estomac de sténose — en aval de la lésion, on est surpris par le volume considérable du duodénum. Gastrectomie Péan.

Suites : Abscès de la paroi. — Guérison.

OBSERVATION XXVII. — W... Emile.

Souffre depuis quatre ans, deux à trois heures après les repas. Pas de vomissements.

Intervention : 22 août 1941. Dr Bertrand.

Il s'agit d'un ulcère du versant duodénal du pylore. Ulcère cicatrisé avec estomac gros et distendu.

Gastroduodénectomie Pean Kocher.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXVIII. — A... Joseph, 44 ans.

Syndrome douloureux tardif, depuis dix ans, s'accompagnant parfois de vomissements alimentaires, périodicité nette.

Depuis 15 jours douleurs quotidiennes, vomissements tous les deux jours, abondants. Crises de diarrhée assez fréquentes.

Radiographie : dilatation de l'antra pylorique.

L'estomac se contracte bien, le duodénum n'est pas injecté, mais on ne peut affirmer la sténose pylorique.

Radioscopie : Syndrome de Reichmann, rétention barytée après 6 heures.

Intervention : 15 janvier 1942. Dr Santy.

Ulcère de la première portion du duodénum sténosant.

Gastroduodénectomie - Billroth II.

Suites : Bonnes.

OBSERVATION XXIX. — R... Marius, 51 ans. Entre pour ulcère gastroduodénal ancien avec syndrome de Reichmann.

Souffre depuis cinq ans. Douleurs tardives, sans vomissement, périodicité nette.

En décembre 1938, ulcère duodénal diagnostiqué par le Dr Ravaut. Traitement médical.

En juin 1940, nouvelle poussée douloureuse et depuis a continué à souffrir.

Depuis décembre dernier, signes de sténose spasmodique du pylore, douleurs continuéles, s'accompagnant de nausées et de vomissements. Amélioration au mois de février par le traitement belladonné. Depuis, nouvelles douleurs, vomissements, méléna, des ondes péristaltiques ont été constatées, amaigrissement considérable.

Examen : Clapotage gastrique, pas d'ondes péristaltiques.

Radioscopie : Contractions lentes à apparaître, ondes antipéristaltiques, bulbe duodéal irrégulier et flou.

Intervention : 18 avril 1942. P^r Santy. Gros ulcère qui semble pylorique au niveau de la face antérieure, avec réaction péritonéale chronique très accentuée. Périduodénite épaisse, nacrée, qui masque entièrement le duodénum. Gastrectomie Péan Kocher.

Examen de la pièce : Ulcère assez profond de la face antérieure du versant duodéal du pylore admettant l'extrémité de l'auriculaire. Gastrite importante de la région antrale.

Suites : simples.

OBSERVATION XXX. — L... Marius, 52 ans.

Syndrome douloureux depuis 25 ans. Pas de vomissement. Périodicité nette.

Depuis cinq ans, les périodes douloureuses se rapprochent et s'allongent. Vomissements tous les deux ou trois jours, alimentaires et liquides.

Examen : Ondes péristaltiques. Clapotage à jeûn.

Radioscopie : Estomac dilaté, hyperkinésique. Mais les ondes contractiles sont inefficaces. On ne voit pas s'imprégner le bulbe duodéal. Six heures après le repas : estomac encore plein. Antre dilaté qui semble amputé dans la région prépylorique.

Intervention : 11 avril 1942. D^r Frieh. — Il s'agit d'un volumineux ulcère duodéal entouré de nombreuses brides de périduodénite. Etant donné la phase de sténose, on se contente d'une G.E.A.

20 juin 1942 : Réintervention, D^r Frieh.

Il existe un ulcère de la première portion du duodénum avec grosse périduodénite. En libérant le bord supérieur de la première portion on trouve un pseudo-diverticule, montant obliquement dans le pédicule hépatique, où il a entraîné une réaction de sclérose intense. En le libérant on fait une blessure du choledoque.

Gastrectomie polya.

Suites : Etat général très bas. Syncope le 17 juillet. Mort dans la soirée.

OBSERVATION XXXI. — V... Clovis, 34 ans. Envoyé par le D^r Bouschon pour sténose d'origine ulcéreuse.

Souffre depuis 12 ans. Douleurs précoces, à siège épigastrique, accompagnées de vomissements acides. Périodicité nette.

Depuis cinq ans, vomissements alimentaires. Il y a un an, vomissements alimentaires, survenant après tous les repas, le malade rejette tout ce qu'il mange. Il présente une véritable intolérance gastrique.

Radiographie : D^r Joly. — Sténose pylorique complète avec dilatation et stase considérable. Rien ne franchit le pylore : ulcus cicatrisé très probable.

Soigné par traitement médical. Amélioration.

Il y a un mois, nouvelle crise d'intolérance qui dure trois ou quatre jours. Puis surviennent des vomissements un peu moins fréquents, contenant des aliments ingérés la veille. Les douleurs sont continues.

Examen : Clapotage à jeun, douleur au creux épigastrique, pas d'ondes péristaltiques.

Radiographie : sténose pylorique. B. D. : il y a une tache centrale visible sur tous les clichés. Ulcère du bulbe.

Intervention : 14 novembre 1942. D^r Latarjet.

Estomac assez volumineux, mais pas exagérément. Les parois sont assez épaisses, mais n'ont pas l'aspect blanchâtre des estomacs en sténose. Il existe au niveau du duodénum un volumineux ulcère. Celui-ci débute immédiatement en aval du pylore. Il s'étend sur toute la première portion qui est indurée, irrégulière, enfouie sous des adhérences qui la fixent au pancréas. A la face antérieure du duodénum, aspect étoilé caractéristique. G.E.A.

Suites immédiates : Bonnes.

OBSERVATION XXXII. — M. G..., 61 ans (malade du P^r Santy).

Passé gastrique ancien, mais net depuis juin 1941. Douleurs tardives accompagnées de vomissements acides et, de plus en plus souvent, de vomissements alimentaires. Adressé par le D^r Milhaud avec un diagnostic de sténose du pylore.

Examen : grand estomac plein clapotant six heures après les repas.

Radioscopie : Bas fond gastrique important ; à jeun, persistance de taches de baryte plusieurs jours après.

Intervention : 20 octobre 1942. P^r Santy. Gros ulcère calleux, duodénal, occupant toute la première portion qui est sténosée. Très grand estomac. Gastroduodénectomie au cours de laquelle on trouve l'ulcère à la face postérieure du bulbe pénétrant dans la tête du pancréas. Gastrectomie Billroth II.

Suites : Guérison.

OBSERVATION XXXIII. — M. H... (malade du P^r Santy), 49 ans 1/2.

Souffre depuis 26 ans. A eu deux hématomés. Depuis six mois,

signes de sténose, stase gastrique importante. Quelques vomissements d'hypersécrétion et de stase.

Une série de clichés pris depuis 1937 montre, tout d'abord, une image de bulbe déformé, puis, sur les dernières, une sténose bulbaire étroite prolongeant, sous forme d'un canal très restreint, le canal pylorique.

Intervention : 4 novembre 1942. P^r Santy.

Très grand estomac épaissi, ulcère du bord supérieur de la petite courbure du bulbe, avec forte réaction scléreuse qui donne une impression pseudo-tumorale, entouré d'une périoduodénite intense. Gastroduodénectomie Billroth II.

Examen de la pièce : Gros ulcère elliptique du bord supérieur du bulbe à 3 cm. du pylore sténosant le bulbe.

Suites : Guérison.

FREQUENCE DE LA STENOSE PAR ULCERE DE LA PREMIERE PORTION DU DUODENUM

Si la sténose est une complication de l'ulcère du duodénum moins fréquente que la perforation ou les hémorragies, il ne faut pas pour cela conclure à sa rareté. Dans leur rapport au XVI^e Congrès de Médecine, Saloz, Cramer et Moppert, sur une statistique de 34 ulcères duodénaux, n'en comptent aucun de sténosant. Mais par contre, Enriquez et Durand en trouvent 17 sur 40, ce qui constitue une forte proportion. R. Colletas, dans sa thèse, signale 9 ulcères sténosants sur 117 ulcères duodénaux et précise même, pour l'un d'entre eux, que la sténose siège au genu superius.

Nous avons relevé le nombre d'ulcères duodénaux opérés dans la clinique chirurgicale de M. le Professeur Santy depuis 1934.

Sur les 197 ulcères duodénaux opérés pendant cette période, 31 soit 16 % environ l'ont été pour sténose.

Nous avons essayé de préciser le pourcentage d'ulcères sténosants pour chaque catégorie.

Nous en avons trouvé 15 sur 125 ulcères du bulbe, soit 12 % et 16 sur 72 ulcères duodénopyloriques soit 22 %.

Le nombre d'ulcères du bulbe sténosants est donc relativement élevé, bien que l'ulcère duodénopylorique semble entraîner beaucoup plus facilement un syndrome de sténose.

Il ne faut pas cependant accorder une valeur trop absolue à ces chiffres car ils ne concernent que des ulcères duodénaux chirurgicaux et que des sténoses opérées.

Pendant la même période, 80 malades ont été opérés pour sténose pylorique d'origine ulcéreuse.

L'ulcère siégeait 3 fois sur la petite courbure.

Il siégeait 3 fois dans la région prépylorique.

Dans 43 cas il siégeait dans la région pylorique.

16 fois l'ulcère était duodénopylorique et 15 fois il était bulbaire.

Par conséquent, dans près des 2/5 des cas l'ulcère, ayant entraîné le syndrome de sténose, était un ulcère duodénal.

Nous devons faire, là encore, une réserve. Tous les chirurgiens, en effet, sont d'accord pour reconnaître qu'il est difficile de préciser le siège exact de l'ulcère à moins d'avoir la pièce opératoire en mains. La difficulté grandit pour les ulcères situés au voisinage du pylore.

Pour certains auteurs, comme Gutmann, le chirurgien a tendance à appeler ulcère duodénopylorique, un ulcère pylorique vrai.

J. Charrier pense plutôt le contraire : « Ce terme d'ulcère pylorique est assez peu précis, dit-il. On l'emploie quand, au cours de l'intervention, on voit le processus ulcéreux empiéter sur la région du sphincter. Mais, il nous a semblé que cet ulcère a plus souvent un point de départ sur le versant duodénal. D'autre part, il évolue assez rapidement vers la sténose et on appelle volontiers « ulcère pylorique » un ulcère duodénopylorique sténosant ».

Nous n'attacherons donc pas une valeur absolue à tous les chiffres que nous venons de citer. Nous croyons cependant que pour les ulcères situés à distance du pylore, ils gardent une certaine valeur.

TRAITEMENT

Classiquement, il est admis, presque sans conteste, que le traitement idéal du syndrome de sténose pylorique, avec ou sans grande distension gastrique, est la réalisation, dès le diagnostic fait, d'une gastroentérostomie permettant l'évacuation gastrique et le retour à des fonctions digestives normales, du moins au point de vue fonctionnel.

Nous avons pu voir dans les observations citées plus haut, que, jusqu'à ces dernières années, de nombreuses gastroentérostomies ont été pratiquées à la clinique, comme le voulait cette opinion classique.

A l'heure actuelle, nombreux sont les chirurgiens qui appliquent encore cette thérapeutique sans discussion, admettant comme un dogme que sténose pylorique = gastroentérostomie.

Quelles sont les raisons qui nous engagent et ont engagé certains chirurgiens à rompre avec cette façon de faire et à appliquer à l'ulcère sténosant le traitement par la gastrectomie large, considéré, à l'heure actuelle, comme le meilleur traitement de l'ulcère ?

Lorsque l'on cherche les résultats éloignés des ulcères sténosants traités par gastroentérostomie, on note que ces résultats peuvent se classer sous trois chefs dont il est malheureusement difficile d'établir le pourcentage exact :

1° Résultats excellents de la gastroentérostomie. Tous les chirurgiens en ont un nombre important d'observations. Peu de jours après l'opération l'état général se transforme, le malade reprend du poids, les fonctions gastriques redeviennent normales. Il est possible de parler de guérison définitive.

2° Dans une deuxième catégorie de cas, après une période d'amélioration considérable, quelques troubles réapparaissent, des douleurs se produisent à nouveau. Quelquefois même une hématomérose ou un méloena viennent affirmer le réveil du processus ulcéreux.

La radioscopie explique cette évolution. A la sténose serrée qui avait motivé l'intervention, a fait suite un relâchement du sphincter pylorique. Une quantité importante de baryte passe toujours par la gastroentérostomie, mais une part au moins égale s'évacue par le pylore et le duodénum. L'ulcère duodénal s'est réveillé, la pression à son niveau est douloureuse. Malgré la gastro, l'ulcère duodénal évolue à nouveau avec son cortège de douleurs et de troubles digestifs.

3° Dans une troisième catégorie de cas, le tableau est plus dramatique. Après une période de soulagement, dont la durée est très variable, qui a pu ne durer que quelques semaines ou qui s'est prolongée pendant plusieurs années, des phénomènes douloureux extrêmement intenses sont réapparus. L'état général décline, aucun traitement médical n'amène d'atténuation.

Souvent, le syndrome est mixte. Aux douleurs précoces d'un ulcère dont la douleur suit de près l'ingestion des aliments, s'ajoutent des signes de sténose qui se traduisent par le rejet spontané, ou parfois provoqué par le malade, du contenu gastrique. L'ancien opéré remarque de lui-même ce qu'il y a de nouveau et d'usité dans la nouvelle évolution de sa maladie : le siège à gauche de sa douleur, ses irradiations sous-scapulaires, sa précocité post-prandiale, sa longue durée que rien ne calme, le retentissement profond enfin sur l'état général.

La gastroentérostomie pour sténose par ulcère duodénal s'est compliquée d'un ulcère peptique qui siège soit sur la bouche de gastro, soit sur le jéjunum.

De plus il est fréquent, en pareil cas, de voir l'ancien ulcère duodénal se réactiver au contact des sucs digestifs qui, ne pouvant s'évacuer par la bouche de gastro malade, suivent à nouveau l'ancienne voie pyloroduodénale.

Lorsque le chirurgien réintervient, il se trouve en présence d'un des cas les plus difficiles de la chirurgie digestive : ulcère peptique compliqué ou non de fistule gastrojéjunocolique, réviscence plus ou moins importante d'un ulcère duodénal.

Il est difficile de préciser le pourcentage exact du nombre de ces évolutions anormales de sténoses pyloroduodénales traitées par la gastroentérostomie.

Bien des chirurgiens sont convaincus de l'excellence de la gastro en pareille matière et vivent dans l'illusion que tous leurs malades sont définitivement guéris par elle. C'est avec le

temps que le chirurgien connaît peu à peu ses échecs, qu'il voit revenir ses anciens opérés, anxieux de la réapparition de leurs douleurs et de leurs troubles gastriques. Souvent aussi, les opérés, que n'a point satisfait une guérison de trop courte durée, sont allés consulter un autre chirurgien, enlevant à leur premier opérateur la possibilité de juger de l'efficacité incertaine de son intervention.

Ce qu'il est possible d'affirmer, d'après toutes les statistiques connues, que confirme pleinement celle de M. le Professeur Santy, c'est que l'ulcère peptique, dans 80 % des cas, survient après gastroentérostomie pour ulcère duodénal et que, parmi ces ulcères duodénaux, beaucoup, au moment de l'intervention première, avaient entraîné l'existence d'un syndrome de sténose.

Il serait très important de pouvoir se rendre compte de la nature exacte de cette lésion première, et de pouvoir juger si l'ulcère du duodénum à caractères inflammatoires récents, qui provoque le syndrome de sténose pyloroduodénale par phénomènes spasmodiques plutôt que par sténose cicatricielle lentement constituée, expose davantage à l'ulcère peptique que la sténose purement cicatricielle, dans laquelle il semble que toute activité ulcéreuse ait disparu.

Il semble, en effet, que l'ulcère peptique succède plus volontiers aux sténoses inflammatoires par ulcère en activité, mais il en existe un certain nombre de cas apparus après des gastros pour sténose, dont l'histoire clinique semble démontrer la nature parfaitement cicatricielle.

La question du traitement de l'ulcère duodénal sténosant nous paraît donc dominée par la double menace :

1° De la réactivation de l'ulcère duodénal malgré une gastro bien faite et qui paraît fonctionner ;

2° Par le risque très sévère de voir survenir, dans les mois ou les années qui suivent l'opération palliative, un ulcère peptique dont le traitement est toujours infiniment plus complexe et plus grave que ne l'est la gastroduodénectomie pratiquée initialement.

On a longtemps soutenu que la thérapeutique d'exérèse était difficilement applicable aux malades en état de sténose. M. le Professeur Santy et son Maître Delore l'ont soutenu jadis en défendant la nécessité de scinder le traitement en deux parties,

une gastro de dérivation d'abord, une gastrectomie quelques semaines après.

La pratique très fréquente des exérèses gastriques semble avoir permis d'être beaucoup moins strict sur ce point que jadis.

En dehors des cas d'espèces qui ont toujours leur valeur : état de dénutrition extrême du malade, estomac de sténose démesurément distendu avec parois très épaissies, stase considérable n'ayant pas cédé aux traitements préparatoires, il est le plus généralement possible de traiter l'ulcère duodénal sténosant, comme doit l'être l'ulcère duodénal en général, par la gastroduodénectomie.

Dans la thèse de Chattot, qui rapporte sa statistique des deux dernières années, M. le Professeur Santy a groupé un nombre important de ses interventions pour ulcères duodénaux, dont un certain nombre étaient sténosants.

Ce travail concerne un type déterminé de gastrectomies (résection à la Pean-Kocher). La statistique globale, concernant les autres types de gastrectomies, comporte également un certain nombre d'ulcères duodénaux sténosants.

L'objection qui sera souvent soulevée contre cette façon de comprendre la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère duodénal, c'est la difficulté de réalisation de la gastroduodénectomie dans l'ulcère duodénal. Cette objection est au fond de peu de valeur si l'on veut bien admettre que les difficultés et les risques sont moindres, dans l'intervention pour ulcère du duodénum, même sévère, qu'elles ne le sont dans l'immense majorité des cas de réintervention pour ulcère duodénal récidivant et surtout pour ulcère peptique compliqué ou non.

Nous concluerons donc, sauf contre-indications tenant à un état général précaire, à une distension considérable de l'estomac, à une stase gastrique difficile à modifier par un traitement préparatoire, cas qui restent justiciables de la gastro-entérostomie, au moins comme temps préliminaire d'une exérèse, que le traitement logique de l'ulcère sténosant du duodénum est la gastroduodénectomie, suivie de la reconstitution du transit par l'un des trois procédés classiques de gastrectomie : Pean-Kocher, Billroth II, Polya Finsterer.

Ces résections ne seront possibles, sans aléas, que si le malade a été longuement préparé à l'intervention par le repos

absolu, les injections massives de sérum artificiel, par voie sous-cutanée, intra-veineuse et rectale, le régime liquidien strict précédé, s'il le faut, par quelques lavages d'estomac, les induodénal, avec phénomènes inflammatoires surajoutés.

Il est très rare de ne pas voir disparaître en quelques jours, sous l'influence de ce traitement bien conduit, les symptômes dominants de la sténose. Presque toujours, l'action sédative de cette thérapeutique fait cesser l'élément spasmodique et régresser l'élément inflammatoire, l'évacuation pylorique redevient possible, la stase diminue beaucoup ou disparaît. C'est alors le moment d'intervenir, et d'intervenir dans des conditions très voisines de celles que l'on rencontre dans un ulcère duodéal, avec phénomènes inflammatoires surajoutés.

Pour illustrer par des exemples ce chapitre, nous publions maintenant quelques observations de malades chez lesquels on a pu constater l'apparition d'un ulcère peptique, après gastro-entérostomie pour ulcère duodéal sténosant.

OBSERVATION XXXIV. — R... Benoît, 60 ans.

Opéré en 1935 pour ulcère pylorique, d'évolution ancienne, sténosant. On fait une gastro-entérostomie.

Depuis trois mois, douleurs très violentes, non rythmées par les repas.

Radiographie : Il ne passe rien par la bouche du gastro.

Intervention : 13 mars 1939. P^r Santy. — Ulcère peptique développé à la face antérieure de l'anastomose... On retrouve dans la région pyloroduodénale la cicatrice sténosante de l'ancien ulcère duodéal juxta-pylorique. Gastrectomie Polya.

OBSERVATION XXXV. — H..., 38 ans (malade de M. le P^r Santy).

Opéré en janvier 1930 pour ulcère duodéal avec stase gastrique importante.

A la radioscopie : évacuation d'une partie de la baryte en quelques minutes, puis stase prolongée, cinq heures après l'ingestion, avec baryte encore visible.

Intervention : 8 janvier 1938. Volumineux ulcère de la face antérieure de la première portion, très épais, très scléreux. G.E.A.

Revu en novembre 1938, pour réapparition des douleurs.

Radiographie : Image nette d'ulcère peptique sur la bouche de gastro.

Intervention : 5 novembre 1938. P^r Santy.

Ulcère peptique de la face antérieure de l'anastomose ; en outre, l'ulcère duodéal est toujours en activité... Gastroduodénectomie Billroth II.

Suites : simples.

OBSERVATION XXXVI. — G... A., 50 ans (malade de M. le P^r Santy).

Histoire de sténose pylorique pour laquelle il a subi, en 1935, une G.E.A. dans une ville voisine. En 1940, les phénomènes douloureux réapparaissent, il subit une nouvelle gastro.

Vu en janvier 1942 : douleurs post-prandiales, précoces, continues. Etat lamentable. Cachexie.

Radioscopie : Estomac plein de baryte sept heures après l'ingestion ; un bouton est encore visible. Passage filiforme par le pylore.

Intervention : 28 janvier 1942. P^r Santy.

Enorme estomac de sténose — on trouve une gastro antérieure très sténosée, mais sans ulcère peptique. A la face postérieure, on trouve une seconde gastro avec gros ulcère peptique ouvert dans le côlon...

Gastroduodénectomie difficile, la première portion du duodénum est le siège d'un volumineux ulcère à 3 ou 4 cm. du pylore. Entre l'ulcère et le pylore se sont constitués deux faux diverticules, un sur chaque courbure.

Suites : Guérison.

OBSERVATION XXXVII. — H..., 38 ans (malade de M. le P^r Santy).

Opéré en février 1941 pour ulcère sténosant duodénopylorique, à Grenoble. G.E.A.

Après six mois d'accalmie, apparition de douleurs à gauche, précoces, puis tardives. En juin 1942, souffre de façon continue.

Radioscopie : évacuation lente par une gastro étroite, au centre de laquelle on trouve une tache persistante.

Intervention : 20 juillet 1942. P^r Santy.

Ulcère peptique sur le bord antérieur de l'ancienne gastro. Ulcère duodénal de la face antérieure du bulbe en activité...

Gastroduodénectomie Polya.

Examen de la pièce : ulcère sténosant de la face antérieure du bulbe duodénal.

Suites : bonnes.

OBSERVATION XXXVIII. — P..., 60 ans (malade de M. le P^r Santy).

Histoire de sténose pylorique après long passé ulcéreux. Vu en mai 1941. Grand estomac clapotant ; tension intermittente ; mauvais état général.

Intervention : 8 mai 1941. Gros ulcère duodénal inflammatoire, estomac épaissi contenant du liquide de stase. G.E.A.

Revu en décembre 1941 : Recommence à souffrir.

Radioscopie : Bonne évacuation, mais la pression sur la bouche est douloureuse.

Juillet 1942 : Les traitements médicaux l'ont amélioré quelques

temps, mais évidence d'un ulcère peptique, sans sténose de la bouche.

Intervention : 28 juillet 1942. P^r Santy.

Volumineux ulcère peptique sur le bord mésentérique de l'anse anastomosée en face de la gastro.

Gastroduodénectomie enlevant un volumineux ulcère duodénal en activité à 2 cm. du pylore. Billroth II.

Suites : Guérison.



CONCLUSIONS

I. — Il est classique de considérer que le syndrome de sténose du pylore par ulcère, est la conséquence de l'évolution d'un ulcère du canal pylorique, ou de la région même du sphincter.

II. — L'étude anatomique, que permet l'examen des pièces de gastroduodénectomies, montre que le syndrome de sténose pylorique est très souvent lié à l'évolution d'un ulcère duodéno-pylorique et que, dans un certain nombre de cas, c'est un ulcère du bulbe, situé loin du pylore, qui entraîne l'apparition d'une véritable sténose duodénale.

III. — Le diagnostic de ces sténoses duodénales de la première portion peut être fait par l'histoire clinique du malade ou par l'évolution radiologique de sa lésion.

IV. — Au point de vue thérapeutique, cette constatation entraîne des déductions importantes.

Classiquement, le traitement des sténoses ulcéreuses du pylore est la gastroentérostomie.

Cette intervention est, dans un certain nombre de cas, suivie de l'apparition d'un ulcère peptique. Il nous apparaît que ces cas sont souvent liés à l'évolution d'un ulcère duodénal sténosant.

On doit donc admettre que l'ulcère du duodénum expose à l'ulcère peptique post-opératoire, aussi bien dans sa forme sténosante que dans sa forme non sténosante.

V. — La conclusion logique de cette constatation est que le traitement des ulcères du duodénum est la gastroduodénectomie large, dans les formes sténosantes comme dans les autres types d'ulcères duodénaux.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,

SANTY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Octobre 1942.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ABREU (M. DE). — Sténose inflammatoire du pylore, association fréquente avec l'ulcère gastroduodénal. *Journ. des Cliniciens*, 1932.
- AKERLUND (A.). — Etude radiologique sur le bulbe duodénal. *Acta Radiologica*, 1921.
- ATTAL (L.). — Les sténoses pyloriques par ulcère du bulbe duodénal. *Thèse de Paris*, 1924.
- BARRET. — Signes radiologiques essentiels de la Stén. Pyl. *Bul. Mém. Soc. Rad. Méd. France*, 1921.
- CHAUMERLIAC (J.). — La sténose comme complication modifiant la symptomatologie de l'ulcère. *Journ. Méd. Franc.*, Nov 1935.
- CHOMET (J.). — Sténose pylorique chez les adultes. *Gaz. Hôp.*, Décembre 1931.
- CHAPUY (A.). — Les différentes localisations des ulcères gastroduodénaux. Etude statistique. *Lyon Médical*, mai 1938.
- CHARRIER (J.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical de 104 ulcères estomac. *Arch. Mal. App. dig.*, novembre 1931.
- CHATTOT (R.). — L'anastomose duodéno-gastrique par implantation au bouton après gastrectomie et gastroduodénectomie. *Thèse de Lyon*, 1942.
- DECKER. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique post-opératoire. *Congrès Français de Chirurgie*, 1931.
- DELORE (X.). DE ROUGEMONT et CREYSSSEL. — De l'occlusion aiguë du pylore en cours de sténose. *Presse Médicale*, décembre 1925.
- DEAVER (J.) et BURDEN (V.). — Le sphincter pylorique et l'ulcère du duodénum. *Annals of Surgery*, Nov. 1931.
- DUVAL, ROUX et BÉCLÈRE. — Etude médico-radio-chirurgicale sur le duodénum.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Sténoses pyloriques frustes à forme gastrique. *Bull. et Mém. Soc. Hôp.*, mai 1913.
- Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. *XVI^e Congrès de Médecine*, 1922.
- ENRIQUEZ et CARRIE. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. *Jour. Méd. Franc.* Janvier 1923.

- GATELLIER (J.) et BILLET (H.). — L'ulcère gastroduodénal. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.
- GARIN (C.) et BERNAY. — Les vrais ulcères pyloriques. *Journ. Méd. Lyon*, août 1937.
- GUÉNAUX et VASSELLE. — Au sujet de la dénomination d'ulcus juxtapylorique. *Arch. Mal. App. Dig.*, juin 1931.
- GUTMANN (R.-A.). — Les syndromes douloureux épigastriques.
— L'ulcère duodénal. *Monde Méd.*, juillet 1931.
— Les sténoses du pylore. *Conc. Méd.*, septembre 1937.
- GUTMANN et HOFFMANN. — L'ulcère du canal pylorique. *Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1935.
- GUTMANN et JAHIEL. — Sténose du pylore et gastrite ectasiente. *La Presse Médicale*, janv. 1936.
- HOFFMANN (R.). — L'ulcère du canal pylorique. *Thèse Strasbourg*, 1936.
- JACQUELIN (Ch.). — Intolérance gastrique sans sténose et sténose sans vomissements. *Gaz. Méd. France*, mars 1930.
- JESU (G.). — Sulla cosiddetta stenosi pilorica nelle ulcere del bulbo duodenale. *La Riforma Medica*, Nov. 1928.
- LERICHE (R.). — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. *Congrès Français de Chirurgie*, 1931.
- LOEPER et MARCHAL. — Le diagnostic topographique de l'ulcère de l'estomac. *Journ. Méd. Français*, janvier 1923.
- LUCQUET (G.). — Sténose du duodénum par ulcus duodénal cicatrisé. Gastroentérostomie, ulcus peptique. *Soc. Chirurgiens de Paris*, Mars 1935.
- MARTIN (J.-F.). — Contribution à l'étude clinique de l'ulcus duodénal. *Thèse de Lyon*, 1914.
- MOUTIER (F.). — L'évolution de l'ulcère gastroduodénal d'après 628 cas personnels. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1932.
- MOUTIER (F.) et MAINGOT. — Diagnostic de l'ulcus duodénal. Etude critique. *Journ. Méd. Français*, janvier 1923.
- RAMOND (F.). — Les maladies de l'estomac et du duodénum.
— Sténose pylorique incomplète par ulcère. *Vie Médicale*, 1927.
- RAMOND (L.). — Sténose du pylore. *Presse Médic.*, octobre 1934.
- REDON (H.). — La sténose incomplète du duodénum associée à l'ulcère gastroduodénal. *Journ. Chirurgie*, 1931.
- SALIGNAT (L.). — Symptômes et diagnostic des sténoses pyloriques ulcéreuses. *Paris Médical*, 1911-1912.
- SALUZ (C.) et MOPPERT (G.). — Le spasme pylorique, son importance dans la symptomatologie et l'évolution de l'ulcus. *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, janvier 1923.
— Ulcères orificiels et extra-orificiels. *Journal Médical Français*, janvier 1923.

- SALUZ, GRAMER et MOPPERT. — Éléments des diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum. *XVI^e Congrès de Médecine*, 1922.
- SANTY (P.). — Diverticules du duodénum. *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1936.
- SANTY (P.) et BÉRARD (M.). — Occlusion pylorique par ulcère perforé et bouché. *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1936.
- SCHWARTZ (A.). — Les sténoses du pylore. *Progrès Médical*, 1914.
- TERRIS (E.). — Les sténoses fonctionnelles du duodénum. *Thèse de Paris*, 1925.
- TOUTIRAIS (J.). — Sténose du duodénum et ulcère peptique. *Thèse de Paris*, 1937.
- VINOT (J.). — Les occlusions aiguës du pylore chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1925.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Etude anatomique	11
Etude clinique	22
Etude radiologique	26
Observations originales	32
Fréquence de la sténose par ulcère de la première portion du duodénum	41
Traitement	43
Conclusions	51

